

Número de caso: _____ Condado: _____

Trabajador social: _____ Identificación de usuario: _____

Redeterminación anual: _____ Transferencia de condado: _____
 SÓLO PARA USO DEL TRABAJADOR SOCIAL



FORMULARIO DE CAMBIO

SECCIÓN 1 – RAZONES JUSTIFICADAS

Al solicitar un cambio en la elección de su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) **debe establecer clara y detalladamente sus razones para solicitar dicho cambio.**

Yo solicito el cambio de mi Proveedor de Cuidados Primarios por las siguientes “causas justificadas” (marque las que se apliquen): Usted debe incluir fechas, horas, duración de la espera, detalles específicos, etc. Si omite incluir la información específica, su petición de cambio SERÁ DENEGADA. TODA PETICIÓN DE CAMBIO POR “RAZONES JUSTIFICADAS” ESTÁ SUJETA A LA APROBACIÓN DE SD MEDICAID.

Largos períodos de espera para ver al doctor

No es referido (autorizado) a especialistas cuando es médicaamente necesario

El doctor (o el personal de guardia) no está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Otro _____

Use la parte posterior de este formulario para proporcionar fechas, horas y detalles específicos relacionados a las razones del cambio indicado anteriormente.

NOTA: SI SU PETICIÓN DE CAMBIO ES APROBADA, SU NUEVO PCP NO ESTARÁ DISPONIBLE PARA USTED INMEDIATAMENTE. LAS APROBACIONES DE CAMBIOS SON EFECTIVAS EL PRIMER DÍA DEL MES POSTERIOR A LA APROBACIÓN.



SECCIÓN 2 – NUEVO(S) PROVEEDOR(ES) DE CUIDADOS PRIMARIOS

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS	CÓDIGO PCP DEL PROVEEDOR
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Entiendo las reglas y los requisitos del Programa de Atención Administrada y también entiendo que si no sigo estas reglas y requisitos seré responsable de pagar las cuentas médicas. Consulte su *Manual del Beneficiario* para mayor información.

Firma del beneficiario _____ Fecha _____

Teléfono del beneficiario _____

